

**Dr Gabrielle Pomerleau, D.C.**  
Chiropractor / Chiropraticienne

Date: \_\_\_\_\_

**INFORMATION PERSONNEL**

Nom de Famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de Naissance: AAAA/MM/JJ Age: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

**Téléphone et courriel**

	Numéro de Téléphone	Cochez <input type="checkbox"/> le meilleur contact
Maison		
Travail		
Cellulaire		
Courriel		

Status: \_\_\_\_\_ Nom du Conjoint: \_\_\_\_\_

Nombres d'enfants et leurs âges : \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Employeur: \_\_\_\_\_

Est ce que cette consultation est en lien avec un accident de voiture au de travail ?  Non  Oui

Comment avez vous trouvé notre clinique: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des soins chiropratique par le passé?  Non  Oui, Quand? \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille: \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_

Consultez-vous d'autres professionnels de la santé? \_\_\_\_\_

**Qu'elles sont vos trois principaux objectifs de santé ?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Êtes vous intéressés à recevoir notre bulletin mensuelle?  Non  Oui

## QU'EST CE QUI VOUS AMÈNE À NOTRE CLINIQUE ?

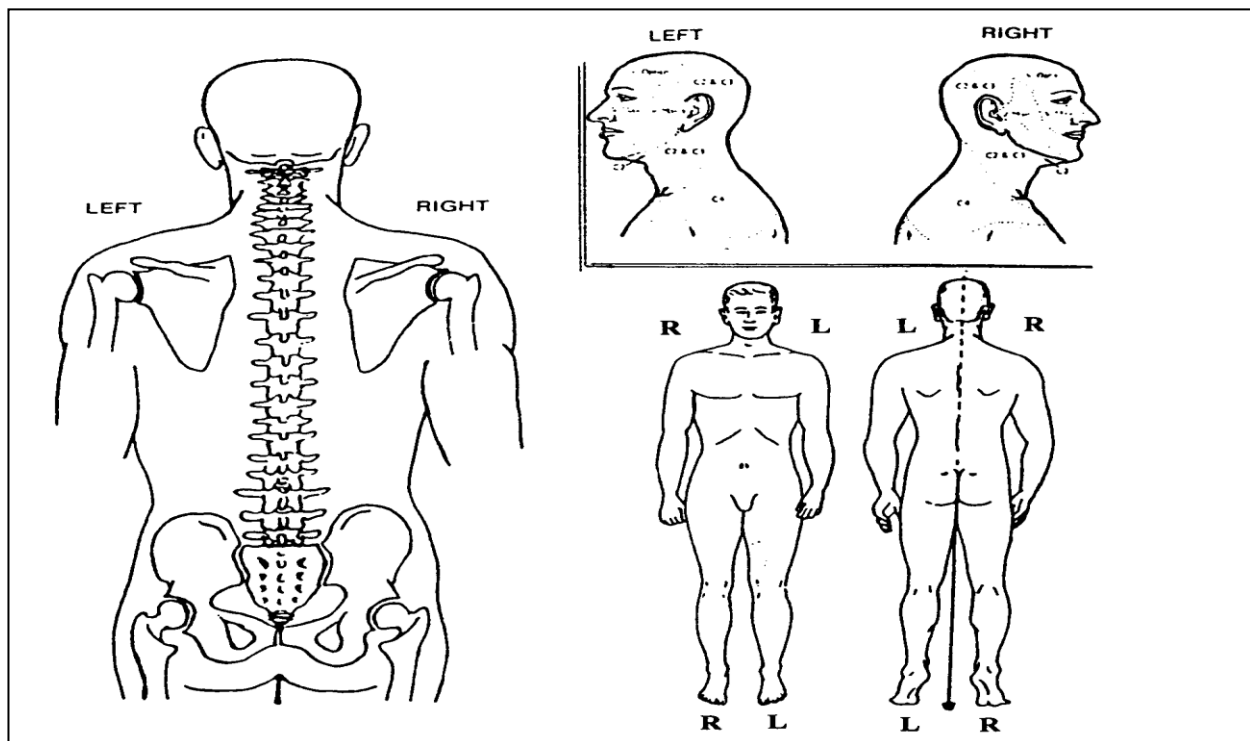
Décrivez votre condition principale : \_\_\_\_\_

Conditions secondaires: \_\_\_\_\_

Comment ont-ils débuté?: \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps avez-vous ces conditions?: \_\_\_\_\_

Indiquez sur le diagramme la localisation de tous vos problèmes et numérotez-les en ordre d'importance



Notez sur 10 la sévérité de vos symptômes (0= aucune douleur/ inconfort et 10 = douleur extrême)

Condition principale: \_\_\_\_/10

Conditions secondaires: \_\_\_\_/10

Qu'avez-vous essayé jusqu'à présent pour vous soulager ? \_\_\_\_\_

**Dr Gabrielle Pomerleau, D.C.**  
Chiropractor / Chiropraticienne

---

## **SANTÉ GÉNÉRALE**

SVP COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE À VOUS

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies             | <input type="checkbox"/> Engourdissement       | <input type="checkbox"/> Faim excessive                | <input type="checkbox"/> Toux persistante                 |
| <input type="checkbox"/> Arthrite/Arthrose     | <input type="checkbox"/> Infection Fréquente   | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit               | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine            |
| <input type="checkbox"/> Asthme                | <input type="checkbox"/> Perte auditive        | <input type="checkbox"/> Soif excessive                | <input type="checkbox"/> Condition cardiaque              |
| <input type="checkbox"/> Prise /perte de poids | <input type="checkbox"/> Acouphène             | <input type="checkbox"/> Besoin de sucré               | <input type="checkbox"/> Hypertension                     |
| <input type="checkbox"/> Anxiété               | <input type="checkbox"/> Sinusite              | <input type="checkbox"/> Rétention de liquide          | <input type="checkbox"/> Varices                          |
| <input type="checkbox"/> Dépression            | <input type="checkbox"/> Éternuement fréquent  | <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac           | <input type="checkbox"/> AVC                              |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement        | <input type="checkbox"/> Trouble de la vision  | <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique              | <input type="checkbox"/> Troubles de fertilité            |
| <input type="checkbox"/> Vertige               | <input type="checkbox"/> Trouble de glycémie   | <input type="checkbox"/> Crise de foie                 | <input type="checkbox"/> Problèmes Ovariens/testiculaires |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie             | <input type="checkbox"/> Diabètes              | <input type="checkbox"/> Troubles de vésicule biliaire | <input type="checkbox"/> Douleur menstruelle              |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie          | <input type="checkbox"/> Appendicite           | <input type="checkbox"/> Pancréatite                   | <input type="checkbox"/> SPM                              |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête          | <input type="checkbox"/> Douleur abdominale    | <input type="checkbox"/> Nausée                        | <input type="checkbox"/> Problème de prostate             |
| <input type="checkbox"/> Migraines             | <input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde  | <input type="checkbox"/> Vomissement                   | <input type="checkbox"/> Cancer                           |
| <input type="checkbox"/> Insomnie              | <input type="checkbox"/> Troubles de digestion | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes                   | <input type="checkbox"/> Grossesse passé                  |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique     | <input type="checkbox"/> Constipation          | <input type="checkbox"/> Incontinence                  |   |
| <input type="checkbox"/> Perte de mémoire      | <input type="checkbox"/> Diarrhée              | <input type="checkbox"/> Infections urinaire           |   |
| <input type="checkbox"/> Nervosité extrême     | <input type="checkbox"/> Colon Irritable       | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer         |   |

### **BLESSURES:** (SVP Décrivez)

Chutes et blessure importante: \_\_\_\_\_

Accident de voiture: \_\_\_\_\_

Commotion cérébrale et blessure à la tête: \_\_\_\_\_

Chirurgie et hospitalisation : \_\_\_\_\_

Fracture et entorse: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des scans, radiographies ou IRM? \_\_\_\_\_

Médications : \_\_\_\_\_

**Dr Gabrielle Pomerleau, D.C.**  
Chiropractor / Chiropraticienne

---

**HABITUDE DE VIE:**

Exercices pratiqués régulièrement: \_\_\_\_\_

Nombres d'heures de sommeil: \_\_\_\_\_, Posture de sommeil: \_\_\_\_\_

Alcool: \_\_\_\_\_/Semaine Tabac: \_\_\_\_\_/jour Café/thé: \_\_\_\_\_/Semaine Drogues: \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE FAMILIAL:**

Est-ce qu'un membre de votre famille souffre ou a souffert de:

Problème cardiaque,  Cancer,  Diabète,  Arthrite,  Autres: \_\_\_\_\_

**ATTENTE DU PATIENT :**

Je pense que mon problème de santé sera résolu :

- Instantanément (quelques jours)
- En quelques semaines.
- En quelques mois
- J'aurais une meilleure idée après les explications du chiropraticien.

**DÉCLARATION DU PATIENT:**

\* Si vous avez été diagnostiqué ou testé positive pour le VIH ou n'importe qu'elle trouble immunologique, Il est important de discuter des résultats en privé avec le chiropraticien.\*

Je déclare que tous les informations fournis sont complète et exacte. J'autorise le docteur en chiropratique d'effectué un examen et de me fournir les soins nécessaire pour améliorer ma santé.

Signature du patient: \_\_\_\_\_ Date` : \_\_\_\_\_

(Ou du tuteur Légal)

---

**SECTION RÉSERVÉ AU DOCTEUR**

Patient accepté :  Oui  Non Patient référé:  Oui  Nos

COMMENTAIRE DU DOCTEUR: